SENATE SÉNAT

CANADA

REPORT 4

A Proposal to Establish A Canadian Mental Health Commission

Interim Report of
The Standing Senate Committee On Social Affairs, Science And Technology

The Honourable Michael J.L.Kirby, *Chair*
The Honourable Wilbert Joseph Keon, *Deputy Chair*

October 2005

106-02460/

Ce document est disponible en français

Available on the Parliamentary Internet:
www.parl.gc.ca
(Committee Business – Senate – Recent Reports)
38th Parliament – 1st Session

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Interim Report on
Mental Health, Mental Illness and Addiction

Report 4

A PROPOSAL TO ESTABLISH A CANADIAN MENTAL HEALTH COMMISSION

Chair
The Honourable Michael J.L. Kirby

Deputy Chair
The Honourable Wilbert Joseph Keon

October 2005

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS i

ORDER OF REFERENCE ii

SENATORS iii

1. RATIONALE: WHY A COMMISSION? 1
2. GUIDING PRINCIPLES OF THE CANADIAN MENTAL HEALTH COMMISSION? 3
3. MISSION/MANDATE OF THE COMMISSION 3
4. METHOD OF OPERATION OF THE COMMISSION 4
5. ACTIVITIES OF THE COMMISSION 4
6. COMPOSITION OF THE BOARD OF THE COMMISSION 7
7. STAFF OF THE COMMISSION 8
8. FUNDING FOR THE COMMISSION 8

APPENDIX I

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* for Thursday, October 7, 2004:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Losier-Cool:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on issues arising from, and developments since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002. In particular, the Committee shall be authorized to examine issues concerning mental health and mental illness.

That the papers and evidence received and taken by the Committee on the study of mental health and mental illness in Canada in the Thirty-seventh Parliament be referred to the Committee; and

That the Committee submit its final report no later than December 16, 2005 and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee until March 31, 2006.

The question being put on the motion, it was adopted.

Extract from the *Journals of the Senate* for Thursday, October 20, 2005:

The Honourable Senator Kirby moved, seconded by the Honourable Senator Pépin:

That, notwithstanding the Order of the Senate adopted on Thursday, October 7, 2004, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, which was authorized to examine and report on issues arising from, and development since, the tabling of its final report on the state of the health care system in Canada in October 2002 (mental health and mental illness), be empowered to present its final report no later than June 30, 2006, and that the Committee retain all powers necessary to publicize the findings of the Committee contained in the final report until October 31, 2006; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST:

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

SENATORS

The following Senators have participated in the study on mental health and mental illness of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair of the Committee
The Honourable Wilbert Joseph Keon, Deputy Chair of the Committee

The Honourable Senators:

Catherine S. Callbeck
Andrée Champagne
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Marjory LeBreton
Lucie Pépin
Marilyn Trenholme Counsell

Ex-officio members of the Committee:

The Honourable Senators: Jack Austin P.C. or (William Rompkey) and Noël A. Kinsella or (Terrance Stratton)

Other Senators who have participated from time to time on this study:

The Honourable Senators Di Nino, Dyck, Forrestall, Johnson, Kinsella, Léger (retired), Lynch-Staunton, Mercer, Milne, Morin (retired), Murray, Pearson, Robertson (retired), St.Germain, Stratton and Tardif.

A PROPOSAL TO ESTABLISH A CANADIAN MENTAL HEALTH COMMISSION

1. RATIONALE: WHY A COMMISSION?

In its forthcoming final report on mental health, mental illness and addiction in Canada, *Out of the Shadows at Last*, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology will recommend the creation of a Canadian Mental Health Commission. Several factors led the Committee to this recommendation:

a) Although the Committee's work and, importantly, recent actions by provincial governments have begun to focus a much-needed spotlight on mental health, it remains a fact that the whole complex, pervasive problem of mental illness and addiction in Canadian society has been neglected for many years. The Canadian Mental Health Commission will provide a much needed national (*not federal*) focal point that will keep mental health issues in the mainstream of public policy debates in Canada until effective solutions are developed and implemented.

b) Those most directly affected are people living with mental illness, their families, friends and employers. But, given that one in five Canadians will experience a significant episode at some point during their lifetime, virtually every Canadian will be affected by mental illness and/or addiction, directly or indirectly. Mental illness is truly a national concern.

c) No single level of government has the resources needed to deal with the full range of mental health issues on its own. Creating a national focus will add substantial value, especially with respect to exchanging information and facilitating collaboration among governments and between governments and stakeholders.

d) In the private sector, the cost of mental illness and addiction constitutes the most rapidly increasing health care expense. It is estimated to cost Canadian companies currently about $18 billion a year. The economic as well as the social implications are both obvious and of concern to everyone.

e) In every government, responsibility for mental health issues is dispersed among several departments and agencies – health, social services, housing, etc. Managing issues that span ministerial boundaries is notoriously hard; truly effective ways of doing so are few and far between. The Canadian Mental Health Commission will benefit all governments by facilitating the exchange of information on best practices on how to deal with this classic inter-departmental issue.

f) There is, as well, no easy mechanism now available for stakeholders in the mental health sector to exchange knowledge and distribute information about best practices coast to coast to coast. A national Knowledge Exchange Centre will be an integral part of the Canadian Mental Health Commission.

g) Canadians must become better educated about the reality of mental illness. They must be encouraged to understand and be more tolerant of people living with mental illness and addiction. To those ends, a national campaign is needed to combat the stigma and discrimination associated with mental illness. Such a campaign will be most effectively managed nationally by the Canadian Mental Health Commission.

The Committee considered alternatives to the creation of a national mental health commission. It concluded, however, that no existing organization has a mandate which encompasses or could be modified to encompass a majority of the factors set out above.

While mental health falls naturally under the purview of the Health Council of Canada, its chair, Michael Decter, has told the Committee that it will be some years before the Council's extremely full agenda will be cleared sufficiently to address mental health adequately. The Health Council's mandate also includes monitoring the performance of all government health care systems. The Canadian Mental Health Commission proposed by the Committee explicitly will *not* have any role in monitoring any government's performance in dealing with mental health and addiction.

The mandate of the Canadian Centre on Substance Abuse is too narrow to encompass the range of mental health issues of concern to the Senate Committee. Moreover it has no role in changing public attitudes.

Therefore a new national organization is required.

It must be emphasized, however, that the success of the proposed Commission in contributing to improvement of the mental health of Canadians depends critically upon their being in place strong structures and committed people at the provincial and territorial level to translate policy, knowledge and ideas into action on the ground. This is true also with respect to the mental health services provided by the federal government through the First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada and through the Correctional Service Canada.

The Committee's intention is that the work of the Canadian Mental Health Commission will complement that being done by existing structures and people at the federal, provincial and territorial levels.

Finally, consistent with its view that structural solutions to any problem should not be permanent, the Committee will recommend that the Commission "sunset" in ten years.

2. GUIDING PRINCIPLES OF THE CANADIAN MENTAL HEALTH COMMISSION?

The key principles are that the Commission:

- Be an independent not-for-profit organization at arms-length both from governments and all existing mental health "stakeholder organizations";
- Make those living with mental illness, and their families, the central focus of its activities;
- Build on and complement initiatives already underway and avoid duplicating the roles and activities of those currently working in mental health;
- Establish partnerships with governments, employers, mental health research organizations and service providers, other health care organizations, and with the spectrum of national and international mental health stakeholders;
- Put its emphasis on evidence-based mental health policies and methods of service delivery;
- Rigorously evaluate, assess and report on its own activities in order to ensure their appropriateness and efficacy and to maintain the Commission's credibility with governments, its collaborating stakeholders and the Canadian public.

3. MISSION/MANDATE OF THE COMMISSION

The mission of the Commission is:

- To act as a facilitator, enabler and supporter of a national approach to mental health issues;
- To be a catalyst for reform of mental health policies and improvements in service delivery;
- To provide a national focal point for objective, evidence-based information on all aspects of mental health and mental illness;
- To be a source of information to governments, stakeholders and the public on mental health and mental illness;
- To educate all Canadians about mental health and increase mental health literacy among them, particularly among those who are in leadership roles such as employers, members of the health professions, teachers etc.;
- To eliminate the stigma and discrimination faced by Canadians living with a mental illness, and their families.

4. METHOD OF OPERATION OF THE COMMISSION

To achieve its mission, the Commission will form collaborative relationships amounting to partnerships with governments, employers, mental health stakeholder organizations, treatment professionals, researchers and, in particular, those Canadians living with mental illness and their families. Such relationships will be developed with existing organizations such as the Canadian Institute of Health Information (CIHI), the Canadian Mental Health Association, the Canadian Psychiatric Association, the Canadian Mental Health Alliance, the Business Roundtable on Mental Health and Addiction, the Centre for Mental Health and Addiction, the Canadian Centre on Substance Abuse, the Public Health Agency of Canada, the F/P/T Committee on Substance Abuse, all F/P/T health departments and other relevant organizations concerned with mental health and addiction.

The coordinating functions and collaborative role of the Commission will help to reduce both duplication of effort and facilitate cooperation among all stakeholders, particularly governments and service providers.

In order to discharge its collaborative mandate, the Commission will establish, in addition to partnerships, a number of advisory committees. While it will be up to the Commission to decide on their number and composition, two advisory committees are obligatory – one composed of representatives of every F/P/T government and another of representatives from Canada's aboriginal communities.

The Commission will assist governments, employers, and service providers in a non-confrontational way, recognizing that the circumstances in which mental health policies and services are provided in every community are distinct. Yet every community can benefit from lessons learned elsewhere, especially given the linkage between the most effective mental health services and primary and community-based care – areas in which best practice information would be particularly helpful both to communities seeking to improve the effectiveness of their own services and to provincial and territorial governments.

5. ACTIVITIES OF THE COMMISSION

The Commission's activities can be divided into seven broad categories:

a) Strategic Planning

- Proposing goals relating to mental health and mental illness and a framework for a national strategic plan to achieve them, recognizing that such a plan must:
  - take into account existing federal, provincial and territorial mental health plans;
  - reflect the fact that governmental responsibility for mental health is very much inter-ministerial in nature (i.e. not confined to ministries of health);

- Providing information to governments, stakeholders and the public on mental health issues. (The attached appendix expands on the benefits of the Commission being a source of information to governments on such issues.);
- Reporting annually to the F/P/T Conference of Deputy Ministers of Health and the Deputy Ministers responsible for Social Services;
- Ensuring that the specific issues on which the Commission will focus at any given time are in accordance with the interests of its Board and its committees as they evolve over time.

b) Collaboration with Stakeholders

- Supporting the adoption of best clinical and service delivery practices;
- Promoting the integration of mental health and primary care services by, for example, disseminating information on successful collaborative models of integrated care throughout Canada and elsewhere;
- Working with employers and organizations, such as the Business Roundtable on Mental Health, Mental Illness and Addiction, to develop programs to reduce the burden of mental illness and addiction on those affected and on the economy.

c) Connecting Addiction and Mental Health Stakeholders

- Fostering greater collaboration between addiction and mental health stakeholders with a view to improving services and supports for the many individuals coping with addictions who are also living with mental illness;
- Providing information on how services for people with concurrent disorders can be most effectively and efficiently integrated;
- Disseminating provincial/territorial best practices in this area;
- Collaborating with other organizations such as the Canadian Centre on Substance Abuse.

d) Public Education and Public Awareness

- Implementing a national anti-stigma program to educate Canadians about the reality of mental illness with the ultimate goal of eliminating all forms of discrimination against people and families living with mental illness;
- Mounting targeted communications campaigns on specific aspects of mental illness (e.g. the signs of serious depression) aimed at specific target audiences (e.g. school aged children);
- Educating Canadians on ways and means of optimizing their own and their loved ones' mental health;

- Promoting population mental health and the prevention of mental illness and addiction;
- Sponsoring activities, such as conferences, seminars, and an annual awards program to celebrate people who provide exceptional leadership in mental health.

e) Knowledge Exchange

- Creating an internet-based national Knowledge Exchange Centre for the distribution of information about mental health;
- Monitoring national and international developments in mental health policies and services and, where relevant, incorporating this information into the website of the Knowledge Exchange Centre;
- Making the Knowledge Exchange Centre accessible to people living with mental illness, their families and caregivers, employers, researchers, governments and other stakeholders;
- Linking the Knowledge Exchange Centre website with relevant sites operated by provincial governments and stakeholder groups.

f) Encouraging Research

- Through the Canadian Institute of Health Information and Statistics Canada, collecting on a regular basis data on the mental health status of Canadians to provide, on the Commission's website, a comprehensive database for use by researchers and governments;
- Encouraging the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) to support research into the best structures and/or mechanisms to supply most efficiently the wide range of services required by people living with mental illness and addiction;
- Encouraging CIHR to support research in how to measure the outcomes of mental health services so that governments can determine the success and effectiveness of their mental health programs.

g) Publishing Information

- Publishing studies, reports and other documentation on mental health;
- Developing measures against which governments can monitor the performance of their mental health systems over time;
- Developing benchmark capacity requirements for different types of services along the entire continuum of mental health services.

The Commission will both contract out projects and undertake work itself consistent with its mission on behalf of various Canadian and international institutions including both governments and non-governmental organizations in the private sector.

It is important to emphasize that the Commission is to be advisory and facilitative, *not* operational in nature.

Specifically, the Commission will *not*:

- Provide any services itself, except for its management of the Knowledge Exchange Centre and the national anti-stigma campaign, or in association with its doing work under contract for other institutions;
- Monitor the performance of any government with respect to mental health services. The Commission will recognize explicitly that each government's approach to providing mental health services must reflect the particular characteristics of that jurisdiction.

6. COMPOSITION OF THE BOARD OF THE COMMISSION

The Commission will be established under federal legislation or other appropriate authority (e.g. through incorporation as a not-for-profit corporation).

In structuring the Commission's Board, two principles must be kept in mind:

- First, as set out in the guiding principles outlined above, the Commission will operate "at arms-length both from governments and all existing mental health stakeholder organizations." Therefore no single stakeholder group, including government, should have a majority of seats on the Board;
- Second, to facilitate its effectiveness, the Board should not be too large. Adequate input from all stakeholder groups can be ensured, through the judicious use of the advisory committees (including the F/P/T governmental advisory committee and the aboriginal advisory committee specified above).

These two constraints, together with the precedents established by the composition of the Boards of the Canadian Institute for Health Information and the Canadian Patient Safety Institute, lead the Committee to recommend that the Board of the Canadian Mental Health Commission have nineteen members, approximately one third from governments and approximately two thirds without any government affiliation or connection.

Therefore the Board of the Commission will consist of:

a) Five provincial governmental nominees chosen as follows:
   - One from the Atlantic provinces, one from Quebec, one from Ontario, and two from the Western provinces.

b) One member nominated jointly by the three territorial governments.

c) One member nominated by the federal government.

d) Eleven nominees at-large chosen by the seven government nominees to represent a wide range of stakeholders involved in mental health issues, including those living with mental illness, their families, caregivers, service providers, the professions, employers etc. No nominee can represent a specific organization; each must be widely considered to reflect the mental health community at large.

e) A non-governmental chair (the Canadian Mental Health Commissioner) chosen by the seven government nominees.

Board members will serve three year terms and be eligible for renewal once. All, including the Commissioner, will be part-time.

7. STAFF OF THE COMMISSION

The full-time staff of the Commission, initially consisting of 25 to 30 people, will be under the direction of an Executive Director.

8. FUNDING FOR THE COMMISSION

All funding (the amount of which is currently under study by the Senate Committee) will be provided by the federal government. The budget will consist of:

- Core funding for the Commission's Board, staff, and operations;
- Funding "earmarked" for establishment and management of the Knowledge Exchange Centre;
- Funding "earmarked" for public education and anti-stigma and other communications campaigns.

APPENDIX

Every government faces myriad issues as it attempts to improve services to people living with mental illness. While some of these issues are specific to a jurisdiction, many others are broadly applicable across jurisdictions. It is with respect to the latter that the Commission can play a valuable role for all governments by providing information on what has proven to be most effective in other provinces and other countries (i.e. best practices), sparing each government from having to gather and assess the information on its own.

Four such issues illustrate the point:

a) Strategic Investment Decisions

To plan effectively for the transformation of the mental health service delivery system across the continuum of provincial, regional and community based services, it is critical that governments have available evidence-based information with respect to the most effective practices elsewhere in Canada and in other industrialized countries. In the absence of such information, governments have little defence against pressures to adopt particular policies and practices based only on anecdotal evidence or that represent flavour-of-the-month fads.

Having collected and evaluated practices used elsewhere, the Commission will provide leadership in building a natural consensus around best practices.

b) Primary Care and Community Based Service Delivery

Experiments in new ways of integrating mental health services into multidisciplinary primary care clinics and of delivering community based services are taking place across the country. Evaluation of the effectiveness of these experiments and developing a comparison of evidence-based best practices will be very useful to governments and service providers alike.

c) Chronic Mental Illness

People living with a chronic mental illness need a range of services, many of which (social housing, for example, and various types of income support and training programs) are not provided by health departments. Given that they are usually the responsibility of different government departments, often governments lack a mechanism to coordinate the range of services needed by a single consumer. Because no single department "owns" or has sole responsibility for a person living with a mental illness, even an aggressive case manager – clearly part of the solution to the problem – will have difficulty crossing departmental lines. That some of these services, social housing for

example, have fallen out of political favour in recent years makes solving the problem even more difficult.

The Commission will help governments in two ways:

- First, by evaluating mechanisms which have been used elsewhere to coordinate effectively multi-department services for a single consumer and proposing options for governments to consider.
- Second, by identifying gaps in the services required and encouraging governments to fill them.

d) Mental Health Human Resources

It is widely acknowledged that a severe shortage of mental health human resources exists across the whole spectrum of mental health service providers. It is also acknowledged that existing training programs (and programs designed to update the skills of people currently working in the field) need modification.

For example:

- Few people are trained in how to help those who suffer from concurrent disorders. Often someone with both a mental illness and an addiction is treated sequentially; the treatment is frequently ineffective because the problems are linked. The solution to this problem requires significant change in the training of mental health workers.
- Nurse practitioners and nurses need more training in how to help people living with a mental illness and how to identify the presence of concurrent disorders. This requires changes in academic curricula, always a very slow and difficult thing to achieve. Family members also need training of the same kind but in community settings.
- Scope of practice rules require modification if multi-disciplinary primary care clinics are to become the predominant point of entry into a transformed mental health system. There is bound to be resistance to such changes.
- Assessment of the skill set required to provide various mental health services will enable accurate forecasts to be made of the numbers of mental health workers of different categories required in Canada in the future.

By providing an informed, authoritative source of national pressure, equally independent of government, advocacy groups, service providers, and those responsible for providing training and education programs for mental health workers, the Commission will reinforce governments as they seek changes of the kind described above.

SENATE SÉNAT

CANADA

RAPPORT 4

Proposition de création d'une Commission canadienne de la santé mentale

Rapport provisoire du
Comité senatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J.L.Kirby, *président*
L'honorable Wilbert Joseph Keon, *vice-président*

Novembre 2005

This document is available in English

Disponible sur l'internet parlementaire:
www.parl.gc.ca
(Travaux des comités – Sénat – Rapports)
38e législature – 1re session

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Rapport provisoire au sujet de:
La santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie

Rapport 4

PROPOSITION DE CRÉATION D'UNE COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

Président
L'honorable Michael J.L. Kirby

Vice-président
L'honorable Wilbert Joseph Keon

Novembre 2005

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES i

ORDRE DE RENVOI ii

SÉNATEURS iii

1. RAISON D'ÊTRE: POURQUOI FAUT-IL CRÉER UNE COMMISSION? ... 1
2. PRINCIPES DIRECTEURS DE LA COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE 3
3. MISSION/MANDAT DE LA COMMISSION 3
4. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION 4
5. ACTIVITÉS DE LA COMMISSION 5
6. COMPOSITION DU CONSEIL DE LA COMMISSION 8
7. PERSONNEL DE LA COMMISSION 9
8. FINANCEMENT DE LA COMMISSION 9

ANNEXE I

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 7 octobre 2004 :

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Losier-Cool,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements subséquents. En particulier, le Comité doit être autorisé à examiner la santé mentale et la maladie mentale ;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur l'étude de la santé mentale et des maladies mentales par le Comité durant la trente-septième législature soient déférés au Comité ;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 16 décembre 2005 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 mars 2006.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 20 octobre 2005 :

L'honorable sénateur Kirby propose, appuyé par l'honorable sénateur Pépin,

Que par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie autorisé à examiner, pour en faire rapport, les questions qu'ont suscitées le dépôt de son rapport final sur le système des soins de santé au Canada en octobre 2002 et les développements (la santé mentale et la maladie mentale), soit habileté à présenter son rapport final au plus tard le 30 juin 2006 et qu'il conserve tous les pouvoirs nécessaires pour diffuser ses conclusions jusqu'au 31 octobre 2006;

Que le Comité soit autorisé, nonobstant les pratiques habituelles, à déposer son rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas, et que ledit rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTATION :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

SÉNATEURS

Les sénateurs suivants ont participé à l'étude du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologies sur l'état du système de soins de santé (plus particulièrement sur la santé mentale):

L'honorable Michael J. L. Kirby, président du Comité
L'honorable Wilbert Joseph Keon, vice-président du Comité

Les honorables sénateurs:

Catherine S. Callbeck
Andrée Champagne
Ethel M. Cochrane
Joan Cook
Jane Mary Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Aurélien Gill
Marjory LeBreton
Viola Léger
Lucie Pépin
Marilyn Trenholme Counsell

Membres d'office du Comité:

Les honorables sénateurs: Jack Austin P.C. (ou William Rompkey) et Noël A. Kinsella (ou Terrance Stratton)

Autres sénateurs ayant participé de temps à autre à cette étude:

Les honorables sénateurs Di Nino, Dyck, Forrestall, Johnson, Kinsella, Léger (retraitée), Lynch-Staunton, Mercer, Milne, Morin (retraité), Murray, Pearson, Robertson (retraitée), St.Germain, Stratton et Tardif.

PROPOSITION DE CRÉATION D'UNE COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

1. RAISON D'ÊTRE: POURQUOI FAUT-IL CRÉER UNE COMMISSION?

Dans le rapport final qu'il rendra bientôt public sur la santé mentale, les troubles mentaux et les toxicomanies au Canada, *Enfin sortis de l'ombre*, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie va recommander la création d'une Commission canadienne de la santé mentale. Plusieurs facteurs l'ont incité à présenter cette recommandation au gouvernement.

a) Même si les travaux du Comité — et surtout les mesures récemment prises par les gouvernements provinciaux — ont commencé à focaliser une attention dont nous avions grand besoin sur la santé mentale, le fait demeure qu'on a négligé pendant bien des années tous les problèmes complexes et tentaculaires de la santé mentale et des toxicomanies dans la société canadienne. La Commission canadienne de la santé mentale sera un point focal national (*et non fédéral*) dont nous avons grand besoin pour faire en sorte que les questions concernant la santé mentale soient au cœur des débats sur la politique publique au Canada tant qu'on n'aura pas trouvé et appliqué des solutions efficaces.

b) Les gens les plus directement affectés par ce problème sont ceux qui vivent avec une maladie mentale, leurs familles, leurs amis et leurs employeurs, mais quand on sait qu'un Canadien ou une Canadienne sur cinq aura de graves problèmes de santé mentale dans sa vie, presque chacun et chacune d'entre nous souffriront directement ou indirectement d'une maladie mentale ou d'une toxicomanie, voire de ces deux fléaux. Bref, les maladies mentales sont vraiment un problème d'envergure nationale.

c) Aucun palier de gouvernement ne dispose à lui seul des ressources nécessaires pour surmonter toute la gamme des problèmes de santé mentale. On ajoutera une valeur substantielle aux ressources de chacun par la création d'un point focal national, particulièrement en ce qui concerne l'échange d'information et la facilitation de la collaboration entre les gouvernements, d'une part, et entre les gouvernements et les intervenants, d'autre part.

d) Dans le secteur privé, le coût du traitement des maladies mentales et des toxicomanies est la partie des dépenses consacrées aux soins de santé qui augmente le plus rapidement. Comme on estime que les deux coûtent aux compagnies canadiennes quelque 18 milliards de dollars par année, leurs implications tant économiques que sociales sont évidentes et inquiétantes pour tout le monde.

e) À tous les paliers de gouvernement, la responsabilité des problèmes de santé mentale est dispersée entre plusieurs ministères et organismes (santé, services sociaux, logement, etc.). Or, il est notoirement difficile de gérer des problèmes transcendant

les limites entre ministères et organismes; les façons vraiment efficaces de le faire sont rarissimes. La Commission canadienne de la Santé mentale aidera tous les gouvernements à cet égard en facilitant l'échange d'information sur les pratiques exemplaires, pour surmonter ce problème interministériel classique.

f) Il n'existe pas non plus de mécanisme dont les intervenants dans le secteur de la santé mentale peuvent se servir pour échanger et diffuser facilement les connaissances et l'information sur les pratiques exemplaires d'un océan à l'autre. Un Centre national d'échange des connaissances doit donc faire partie intégrante de la Commission canadienne de la santé mentale.

g) Il faut aussi que les Canadiens et les Canadiennes soient mieux sensibilisés à la réalité des maladies mentales. Nous devons les encourager à comprendre ceux qui vivent avec une maladie mentale et une toxicomanie ainsi qu'à se montrer plus tolérants envers eux. À ces fins, nous devons organiser une campagne nationale pour combattre la stigmatisation et la discrimination associées aux maladies mentales. La façon la plus efficace de gérer une telle campagne à l'échelle nationale sera de la confier à la Commission canadienne de la santé mentale.

Le Comité a envisagé d'autres solutions que la création d'une commission comme celle-là, mais il a fini par conclure qu'aucune organisation existante n'a un mandat qui englobe (ou qui pourrait être modifié pour englober) la majorité des facteurs susdécrits.

Bien que la santé mentale soit naturellement du ressort du Conseil canadien de la santé, son président, Michael Decter, a déclaré au Comité qu'il faudra des années avant que le programme extrêmement chargé du Conseil ne soit suffisamment avancé pour qu'il puisse s'attaquer à la santé mentale comme elle le mérite. En effet, le mandat du Conseil prévoit notamment le suivi du rendement de tous les systèmes gouvernementaux de soins de santé, tandis que la Commission canadienne de la santé mentale dont le Comité propose la création n'aura *aucun* rôle à jouer dans le suivi du rendement d'un gouvernement quelconque pour surmonter les problèmes de la santé mentale et de toxicomanie; c'est clairement précisé.

Le mandat du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est trop limité pour englober toute la gamme des problèmes de santé mentale auxquels le Comité sénatorial s'intéresse. Qui plus est, ce Centre n'est investi d'aucun rôle de changement des attitudes du public.

C'est pourquoi une nouvelle organisation nationale s'impose.

Il faut toutefois souligner que le succès de la Commission proposée pour contribuer à l'amélioration de la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes dépendra du facteur critique qu'est la mise en place de structures solides et de responsables déterminés, au palier provincial et territorial, pour traduire la politique, les connaissances et les idées en actions concrètes. Cela vaut aussi pour les services de santé mentale que le gouvernement fédéral offre par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada ainsi que par celui de Service correctionnel Canada.

Le Comité entend que la démarche de la Commission canadienne de la santé mentale soit le complément des réalisations des structures existantes et des responsables aux paliers fédéral, provincial et territorial.

Enfin, et c'est compatible avec sa conviction que les solutions structurales d'un problème quelconque ne devraient pas être permanentes, le Comité va recommander que la Commission soit dissoute après dix ans d'existence.

2. PRINCIPES DIRECTEURS DE LA COMMISSION CANADIENNE DE LA SANTÉ MENTALE

La Commission doit :

- être une organisation indépendante sans but lucratif sans aucun lien de dépendance tant des gouvernements que de toutes les « organisations d'intervenants » existantes dans le domaine de la santé mentale;
- focaliser ses activités sur ceux qui vivent avec une maladie mentale et sur leurs familles;
- faire fond sur les initiatives déjà entreprises, en être le complément et éviter la duplication des rôles et des activités de ceux qui œuvrent actuellement dans le domaine de la santé mentale;
- établir des partenariats avec les gouvernements, les employeurs, les organisations de recherche et les fournisseurs de services dans le domaine de la santé mentale, les autres organisations de soins de santé et toute la gamme des intervenants nationaux et internationaux dans le domaine de la santé mentale;
- insister sur les politiques de la santé mentale et sur les méthodes de prestation des services basées sur des preuves;
- analyser et évaluer rigoureusement ses propres activités et en faire rapport, afin de s'assurer qu'elles sont adéquates et efficaces ainsi que de maintenir sa crédibilité aux yeux des gouvernements, des intervenants qui collaborent avec elle et du public canadien.

3. MISSION/MANDAT DE LA COMMISSION

La Commission a pour mandat :

- de faciliter, rendre possible et appuyer une approche nationale en vue de résoudre les problèmes de santé mentale;
- d'être le catalyseur de la réforme des politiques sur la santé mentale et des améliorations de la prestation des services;
- d'être un point focal national de l'information objective et basée sur les preuves quant à tous les aspects de la santé mentale et des maladies mentales;

- d'être une source d'information pour les gouvernements, les intervenants et le public en ce qui concerne la santé mentale et les maladies mentales;
- de sensibiliser tous les Canadiens et toutes les Canadiennes à la santé mentale et d'accroître leurs connaissances en la matière, particulièrement chez ceux qui jouent des rôles de leadership, comme les employeurs, les membres des professions de la santé, les enseignants, etc.;
- d'éliminer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les Canadiens et les Canadiennes vivant avec une maladie mentale de même que leurs familles.

4. FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Pour s'acquitter de sa mission, la Commission va établir des relations de collaboration équivalant à des partenariats avec les gouvernements, les employeurs, les organisations d'intervenants dans le domaine de la santé mentale, les professionnels administrant des traitements, les chercheurs et plus particulièrement tous les Canadiens et toutes les Canadiennes qui vivent avec des maladies mentales de même que leurs familles. Elle va établir de ces relations avec les organisations existantes comme l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association des psychiatres du Canada, l'Alliance canadienne pour la santé mentale, la Table ronde des entreprises sur la santé mentale et les toxicomanies, le Centre pour la santé mentale et les toxicomanies, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Agence de santé publique du Canada, le Comité fédéral-provincial-territorial sur la toxicomanie, le ministère fédéral et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, ainsi que toutes les organisations intéressées œuvrant dans le secteur de la santé mentale et des toxicomanies.

Les fonctions de coordination et le rôle de collaboration de la Commission l'aideront aussi bien à réduire la duplication des efforts qu'à faciliter la coopération entre tous les intervenants, surtout les gouvernements et les fournisseurs de services.

Pour remplir son mandat de collaboration, la Commission va former plusieurs comités consultatifs qui s'ajouteront à ses partenariats. Même s'il lui reviendra de décider du nombre et de la composition de ces comités consultatifs, deux vont être incontournables, l'un composé de représentants du gouvernement fédéral et de chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux, et l'autre de représentants des communautés autochtones du Canada.

La Commission va aider les gouvernements, les employeurs et les fournisseurs de services en évitant les affrontements parce qu'elle va reconnaître le caractère unique des conditions dans lesquelles les politiques et les services en matière de santé mentale sont appliquées et offerts dans chaque communauté. Néanmoins, chaque communauté peut profiter de l'expérience d'autrui, particulièrement grâce au lien entre les services de santé mentale les plus efficaces et les soins primaires et communautaires, des domaines dans lesquels l'échange d'information sur les pratiques exemplaires serait particulièrement utile aussi bien pour les communautés désireuses d'accroître l'efficacité de leurs propres services que pour les gouvernements provinciaux et territoriaux.

5. ACTIVITÉS DE LA COMMISSION

Les activités de la Commission peuvent être réparties en sept grandes catégories.

a) Planification stratégique

- Proposer des buts en matière de santé mentale et de maladies mentales ainsi qu'un cadre d'élaboration d'un plan stratégique national en vue de les atteindre, en sachant qu'un tel plan doit :
  - tenir compte du régime fédéral et des régimes provinciaux et territoriaux existants en matière de santé mentale;
  - refléter le fait que la responsabilité gouvernementale en matière de santé mentale est fondamentalement interministérielle (autrement dit pas limitée aux ministères de la Santé);
- Fournir de l'information aux gouvernements, aux intervenants et au public sur les questions de santé mentale. (L'annexe donne une idée plus détaillée des avantages découlant du fait que la Commission sera une source d'information sur ces questions pour les gouvernements.);
- Faire annuellement rapport à la conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé et des sous-ministres responsables des services sociaux;
- Veiller à ce que les questions sur lesquelles elle se concentre à un moment quelconque soient compatibles avec les intérêts de son Conseil et de ses comités, tels qu'ils évolueront avec le temps.

b) Collaboration avec les intervenants

- Promouvoir l'adoption des meilleures pratiques cliniques et des pratiques optimales de prestation des services;
- Promouvoir l'intégration des services de santé mentale et de soins primaires, par exemple en diffusant de l'information sur les modèles coopératifs couronnés de succès visant à assurer des soins intégrés dans tout le Canada et à l'étranger;
- Travailler de concert avec les employeurs et les organisations comme la Table ronde des entreprises sur la santé mentale, les maladies mentales et les toxicomanies en vue de concevoir des programmes visant à réduire le fardeau de la maladie mentale et des toxicomanies pour ceux qui en souffrent et pour l'économie.

c) Regroupement des intervenants en matière de toxicomanies et de maladies mentales

- Favoriser une collaboration accrue des intervenants en matière de toxicomanies et de maladies mentales en vue d'améliorer les services et les mécanismes de

soutien pour les nombreux toxicomanes qui souffrent aussi de maladies mentales;

- Fournir de l'information sur les façons d'intégrer le plus efficacement et avec le plus d'efficience les services à l'intention des personnes souffrant simultanément de différents troubles;
- Faire connaître les pratiques provinciales et territoriales exemplaires à cet égard;
- Collaborer avec les autres organisations, comme le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

d) Éducation et sensibilisation du public

- Mettre en œuvre un programme national anti-stigmatisation pour sensibiliser les Canadiens et les Canadiennes à la réalité de la maladie mentale, dans le but ultime d'éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes et les familles vivant avec des maladies mentales;
- Monter des campagnes de communication ciblées sur des aspects précis des maladies mentales (p. ex. les signes de grave dépression) visant des auditoires spécifiques (p. ex. les enfants d'âge scolaire);
- Sensibiliser les Canadiens et les Canadiennes aux moyens d'optimiser leur santé mentale et celle de leurs êtres chers;
- Promouvoir la santé mentale de la population et la prévention des maladies mentales ainsi que des toxicomanies;
- Parrainer des activités telles que des conférences, des séminaires et un programme de distinctions annuelles pour reconnaître le mérite des gens qui ont fait preuve d'un leadership exceptionnel dans le domaine de la santé mentale.

e) Échange de connaissances

- Créer un Centre d'échange des connaissances national basé sur Internet pour assurer la diffusion de l'information sur la santé mentale;
- Assurer le suivi de l'évolution nationale et internationale des politiques et des services de santé mentale et, le cas échéant, intégrer les renseignements obtenus dans le site Web du Centre d'échange des connaissances;
- Assurer l'accès au Centre d'échange des connaissances pour les gens vivant avec des maladies mentales, leurs familles et ceux qui les soignent, les employeurs, les chercheurs, les gouvernements et les autres intervenants;
- Établir des liens entre le Centre d'échange des connaissances et les sites pertinents exploités par les gouvernements provinciaux et les groupes d'intervenants.

f) Encouragement de la recherche

- Par l'intermédiaire de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Statistique Canada, recueillir régulièrement des données sur la santé mentale des Canadiens et des Canadiennes, afin de donner accès aux chercheurs et aux gouvernements à une base de données exhaustive sur son site Web;
- Encourager les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) à subventionner des recherches sur les structures et/ou les mécanismes optimaux pour offrir de la façon la plus efficiente possible la vaste gamme de services dont les personnes vivant avec des maladies mentales et des toxicomanies ont besoin;
- Encourager les IRSC à subventionner des recherches sur les façons de mesurer les résultats obtenus par les services de santé mentale, afin que les gouvernements puissent déterminer le degré de succès et d'efficacité de leurs programmes en matière de santé mentale.

g) Publication d'information

- Publier des études, des rapports et d'autres documents sur la santé mentale;
- Établir des mesures à l'aune desquelles les gouvernements pourront contrôler le rendement de leurs systèmes de soins de santé mentale, au fil des années;
- Établir des exigences de capacité repères pour différents types de services, dans l'ensemble du continuum des services de santé mentale.

La Commission va aussi bien faire réaliser des projets à contrat qu'entreprendre elle-même les travaux compatibles avec sa mission pour le compte de diverses institutions canadiennes et internationales, comprenant à la fois les gouvernements et les organisations non gouvernementales.

Il est important de souligner que la Commission doit être consultative et facilitatrice, *pas* opérationnelle.

Plus précisément, la Commission *ne va pas* :

- fournir elle-même des services quelconques, sauf en gérant le Centre d'échange des connaissances et sa campagne régionale anti-stigmatisation ou dans le contexte de ses activités à contrat pour d'autres institutions;
- contrôler le rendement d'un gouvernement quelconque en ce qui concerne ses services de santé mentale; elle va reconnaître explicitement que l'approche de chacun des gouvernements pour la prestation des services de santé mentale doit refléter les caractéristiques particulières de sa compétence.

6. COMPOSITION DU CONSEIL DE LA COMMISSION

La Commission sera constituée en vertu d'une loi fédérale expresse ou d'une autre loi appropriée (p. ex. en tant que société sans but lucratif).

Il faudra respecter deux principes dans la composition du Conseil de la Commission :

- premièrement, comme on l'a vu dans les principes directeurs susdécrits, la Commission va fonctionner « sans aucun lien de dépendance tant des gouvernements que de toutes les organisations d'intervenants existantes dans le domaine de la santé mentale »; par conséquent, aucun groupe d'intervenants, quel qu'il soit, même un gouvernement, ne devrait être représenté au Conseil par une majorité de ses membres;
- deuxièmement, pour maximiser son efficacité, le Conseil ne devrait pas être trop gros. Pour assurer une contribution suffisante de tous les groupes d'intervenants, on usera judicieusement du mécanisme des comités consultatifs (y compris le comité consultatif gouvernemental fédéral-provincial-territorial et le Comité consultatif des Autochtones dont il a déjà été question).

Ces deux contraintes, combinées avec les précédents établis pour la composition des conseils d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé et de l'Institut pour la sécurité des patients, ont incité le Comité à recommander que le Conseil de la Commission canadienne de la santé mentale soit composé de 19 membres, un tiers environ représentant les gouvernements et les deux autres tiers n'ayant aucun rapport avec un gouvernement.

Par conséquent, le Conseil de la Commission sera composé de :

a) cinq membres nommés par les gouvernements provinciaux, soit :
   - un de la province de l'Atlantique, un du Québec, un de l'Ontario et deux des provinces de l'Ouest.

b) un membre nommé conjointement par les trois gouvernements territoriaux.

c) un membre nommé par le gouvernement fédéral.

d) onze membres choisis par les sept nommés par les gouvernements, pour représenter une vaste gamme d'intervenants dans les questions de santé mentale, y compris ceux qui vivent avec des maladies mentales, leurs familles, ceux qui les soignent, les fournisseurs de services et les professionnels de la santé ainsi que les employeurs; aucune de ces onze personnes ne doit représenter une organisation particulière et chacune d'entre elles doit être largement considérée comme représentative de la communauté de la santé mentale en général.

e) un président ne représentant pas un gouvernement (le Commissaire canadien de la santé mentale), choisi par les sept membres nommés par les gouvernements.

Les membres du Conseil seront nommés pour des mandats de trois ans renouvelables une fois. Tous, même le commissaire, serviront à temps partiel.

7. PERSONNEL DE LA COMMISSION

Le personnel à temps plein de la Commission, qui comptera au départ de 25 à 30 personnes, relèvera d'un directeur exécutif.

8. FINANCEMENT DE LA COMMISSION

La totalité du financement (le Comité sénatorial étudie actuellement son montant) sera assuré par le gouvernement fédéral. Le budget sera composé :

- d'un financement de base pour le Conseil, le personnel et les activités de la Commission;
- d'un financement « réservé » à la constitution et à la gestion du Centre d'échange de connaissances;
- d'un financement « réservé » à l'éducation du public ainsi qu'à la campagne anti-stigmatisation et aux autres campagnes de communication.

Tous les gouvernements devront surmonter des myriades de problèmes dans leurs efforts en vue d'améliorer les services à l'intention des personnes souffrant de maladies mentales. Bien que certains de ces problèmes soient limités à une compétence, de nombreux autres sévissent partout. C'est à l'égard de ces derniers problèmes que la Commission peut jouer un rôle utile pour tous les gouvernements, en leur fournissant de l'information sur ce qui s'est révélé plus efficace dans les autres provinces et les autres pays (autrement dit sur les pratiques exemplaires), ce qui permettra à chaque gouvernement d'éviter de devoir lui-même recueillir et évaluer l'information.

Voici quatre exemples pour illustrer ce raisonnement.

a) Décisions d'investissement stratégiques

Pour planifier efficacement la transformation du système de prestation des services de santé mentale dans toute la gamme des services provinciaux, régionaux et communautaires, il est d'importance critique que les gouvernements aient de l'information basée sur des preuves quant aux pratiques les plus efficaces ailleurs au Canada et dans les autres pays industrialisés. Faute de cette information, les gouvernements n'ont guère de défense contre les pressions visant à leur faire adopter des politiques et des pratiques particulières fondées seulement sur des données anecdotiques ou sur des modes passagères.

En recueillant et en évaluant les pratiques d'ailleurs, la Commission aura le leadership nécessaire pour arriver à un consensus naturel sur les pratiques exemplaires.

b) Prestation des services de soins de santé primaires et communautaires

On tente dans tout le pays des expériences de nouvelles façons d'intégrer les services de soins de santé mentale dans les cliniques multidisciplinaires de soins primaires et de prestation de soins communautaires. L'évaluation de l'efficacité de ces expériences et la constitution d'une base de comparaison des pratiques exemplaires fondées sur des preuves sera très utile tant pour les gouvernements que pour les fournisseurs de services.

c) Maladies mentales chroniques

Les gens souffrant de maladies mentales chroniques ont besoin de différents services, dont beaucoup (les logements sociaux, par exemple, ainsi que divers types de programmes de soutien du revenu et de formation) ne sont pas offerts par les ministères de la Santé. Étant donné qu'ils relèvent habituellement de différents ministères, les gouvernements n'ont souvent pas

de mécanisme de coordination de toute la gamme des services dont une même personne peut avoir besoin. Puisqu'aucun ministère n'est seul responsable d'une personne souffrant d'une maladie mentale, même un gestionnaire de cas dynamique — qui est manifestement un élément de la solution du problème — a fatalement de la difficulté à transcender les limites entre ministères, et le problème est d'autant plus ardu que certains de ces services, comme les logements sociaux, ont perdu depuis quelques années la faveur politique qu'ils avaient.

La Commission va aider les gouvernements à cet égard de deux façons :

- premièrement en évaluant les mécanismes auxquels on a eu recours ailleurs pour coordonner efficacement la prestation de services pluriministériels à l'intention d'une même personne et en proposant aux gouvernements des options.
- deuxièmement en déterminant les lacunes des services nécessaires et en encourageant les gouvernements à les combler.

d) Ressources humaines pour la prestation des services de santé mentale

La pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé mentale voire dans toutes les spécialités de la prestation des services à cet égard est largement reconnue. Il est reconnu aussi que les programmes existants de formation (et les programmes conçus pour perfectionner les habiletés de ceux qui œuvrent actuellement dans le domaine) vont devoir être modifiés.

Les exemples suivants sont offerts:

- Rares sont ceux qui ont reçu une formation sur les façons d'aider ceux qui souffrent de troubles parallèles. Souvent, on traite de façon séquentielle les gens qui souffrent d'une maladie mentale et qui sont aussi toxicomanes; par conséquent, les traitements sont souvent inefficaces, parce que les problèmes sont liés. La solution exige d'importants changements de la formation des travailleurs dans le domaine de la santé mentale.
- Les infirmières, infirmiers et aidants ont besoin d'une formation plus poussée sur les moyens d'aider les personnes vivant avec une maladie mentale ainsi que de déceler l'existence de troubles parallèles. Cela suppose des modifications des programmes d'enseignement, ce qui est toujours très long et difficile. Les membres des familles des malades ont aussi besoin d'une formation analogue, mais dans un cadre communautaire.
- Il va falloir modifier les règles applicables à l'envergure de la pratique si les cliniques de soins primaires multidisciplinaires doivent devenir le

principal point d'entrée dans un système transformé de soins de santé mentale. La résistance à de tels changements est inévitable.

- La détermination de l'ensemble d'habiletés requises pour offrir divers services de soins de santé mentale va rendre possibles des prévisions fiables quant au nombre de travailleurs en santé mentale dont on aura besoin au Canada dans les différentes catégories d'aidants.

La Commission va renforcer la capacité des gouvernements d'introduire des changements du genre de ceux qui sont décrits ci-dessus, en étant pour eux une source de pressions nationales bien informée et faisant autorité, indépendante aussi bien des gouvernements et des groupes de pression que des fournisseurs de services et des responsables des programmes de formation et d'éducation à l'intention des travailleurs œuvrant dans le domaine de la santé mentale.